

WhatsApp / Telegram:

385 4355501

Dirección:

Salta 451 (entrepiso, local 1). Santiago del Estero.

COSE

COLEGIO DE ODONTÓLOGOS
SANTIAGO DEL ESTERO



REVALIDA ETICA DE LA MATRICULA PROFESIONAL

El/la que suscribe, odontólogo/a (apellido y nombre).....

.....

Matricula N°..... expedida por el **COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE SANTIAGO DEL ESTERO** con fecha.....

Documento de Identidad (tipo y número).....con domicilio profesional en.....N°.....Piso.....Dpto.....

Teléfonosemail.....

Código Postal.....LocalidadProvincia.....

Manifiesta no poseer inhabilitación para el ejercicio profesional y no registra deuda en el Colegio de Odontólogos de Santiago del Estero. Declara conocer y aceptar el REGLAMENTO DE LA REVALIDA ETICA DE LA MATRICULA DEL COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE SANTIAGO DEL ESTERO y solicita se inicien los trámites para la reválida ética de la matrícula.

En, a losdías del mes de.....

del año....., se firma el presente en carácter de declaración jurada al pie, en prueba de conformidad.

.....

Firma

.....

Aclaración

Recibida a losdías del mes de del año.....



www.cose.org.ar